



Palliatives Assessment nach SENS-Modell – Ersterfassung

| | |
|---------------------------|--|
| Name/Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Erstellungsdatum | |
| anwesende Personen | |
| Hauptdiagnose | |

Symptome (ESAS plus Ergänzungen) Ja, nein, VAS (0 bis 10), Beschreibung

| | |
|---|--|
| Schmerz | |
| Atmung / Dyspnoe | |
| Müdigkeit / Schlaf | |
| Nausea / Emesis | |
| Appetit / Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr/Trinken/Xerostomie Zuleitungen | |
| Urinausscheidung/ Stuhlausscheidung, Obstipation / Diarrhoe Ableitungen (DK, PEG, etc): | |
| Fieber / Apasie | |
| Blutungsgefahr | |
| Mobilität /Sturzgefahr /Bettlägerigkeit | |
| Bewusstseinszustand Kognition/Vergesslichkeit/Konzentration/Delir | |
| Neurologische Symptomatik / Epi-Anfälle | |
| Unruhe | |
| Ängste | |
| Depressivität / Gefühl von Traurigkeit Psychisches und seelisches Befinden | |
| Andere: z.B. Wunden, Ödeme, Schwitzen, | |



Entscheidungsfindung

| |
|---|
| Wie sehen Sie den Verlauf ihrer Krankheit, was hat man Ihnen gesagt, was denken sie selbst? Was bedeutet das für Sie? Was beschäftigt Sie am meisten? |
| Wie schätzen Sie als Angehörige die Situation ein? (Ressourcen, Sorgen, Ängste) |
| Was ist Ihnen und ihren Angehörigen am wichtigsten für die nächste Zeit? Was sind Wünsche, Bedenken (Sorgen, Ängste, Abhängigkeit) |
| Was bedeutet für Sie Lebensqualität? (Beruf, Hobby, Natur, Partnerschaft, Finanzen, Sexualität, Wohnsituation, etc.) |
| Haben Sie eine PV? Wer hat alles Ihre PV? Wäre eine Patientenverfügung hilfreich? |
| Andere Ergänzungen: |

Netzwerk (Auszug aus RAI möglich)

| |
|--|
| Wohnsituation (alleinstehend, nicht in eigener Wohnung, usw.) |
| Wer gehört zu Ihrer Familie? Andere wichtige Personen? |
| Wer ist Ihre Vertrauensperson(en) bei Urteilsunfähigkeit, Bewusstlosigkeit in Bezug auf pflegerische und medizinische Fragen? Vertrauensperson(nen) festlegen (Erwachsenenschutzrecht hinweisen): |
| Wie geht es den Angehörigen in der Situation? Welche Aufgaben übernehmen sie? |
| Andere Ergänzungen: |



Support

| |
|--|
| Wie werden die Ressourcen eingeschätzt? Wo sind Grenzen? Was ist machbar zuhause? |
| Was gibt Ihnen Kraft und Halt um die Situation zu bewältigen? |
| Welche komplementären Methoden wenden Sie an? |
| Werden Sie psychologisch betreut oder möchten Sie diese in Anspruch nehmen? |
| Haben Sie spirituelle oder religiöse Bedürfnisse? (jemanden involvieren) |
| Gibt es wichtige noch ungeklärte finanzielle Angelegenheiten? (Involvieren der Sozialarbeit) |
| Gibt es etwas, das aus Ihrer Sicht geklärt werden muss? |
| Andere Ergänzungen: |

End of Life

| |
|---|
| Können Sie sich vorstellen auch zuhause zu sterben? |
| Haben Sie Angst vor dem Sterben? Oder haben Sie Angst vor dem Wie zu sterben? |
| Haben Sie noch einen Wunsch, den Sie sich erfüllen wollen? Müssen Sie noch etwas erledigen (Testament, Planung Beerdigung, Nachlassregelung) |
| Andere Ergänzungen: |